

UNIVERSITÉ DE BORDEAUX

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

1927-1928. — N° 98

APPENDICITE

ET

GROSSESSE EXTRA-UTÉRINE

COEXISTENCE ET DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement le jeudi 26 juillet 1928

PAR

Louis-Emile-Jean LE GUEN

ÉLÈVE DE L'ÉCOLE PRINCIPALE DU SERVICE DE SANTÉ DE LA MARINE

Né à PONTRIEUX (Côtes-du-Nord), le 27 janvier 1903.

Examineurs de la Thèse	}	MM GUYOT, professeur	Président.
		DUVERGEY, professeur	} Juges.
		PERY, agrégé	
		LOUBAT, agrégé	

BORDEAUX

IMPRIMERIE DE L'ACADÉMIE ET DES FACULTÉS

Y. CADORET

17, RUE POQUELIN-MOLIÈRE, 17

1928



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41548412_0092

UNIVERSITÉ DE BORDEAUX

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

1927-1928. — N° 98

APPENDICITE

ET

GROSSESSE EXTRA-UTÉRINE

COEXISTENCE ET DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement le jeudi 26 juillet 1928

PAR

Louis-Emile-Jean LE GUEN

ÉLÈVE DE L'ÉCOLE PRINCIPALE DU SERVICE DE SANTÉ DE LA MARINE

Né à PONTRIEUX (Côtes-du-Nord), le 27 janvier 1903.

Examineurs de la Thèse	}	MM GUYOT, professeur	<i>Président.</i>
		DUVERGEY, professeur	} <i>Juges.</i>
		PERY, agrégé	
		LOUBAT, agrégé	

BORDEAUX

IMPRIMERIE DE L'ACADÉMIE ET DES FACULTÉS

Y. CADORET

17, RUE POQUELIN-MOLIÈRE, 17 .

1928

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE BORDEAUX

M. SIGALAS..... Doyen.

PROFESSEURS HONORAIRES :

MM. LANELONGUE, BADAL, POUSSON, MOURE, PRINCETEAU,
W. DUBREUILH, RIVIÈRE

PROFESSEURS :

	MM.		MM.
Clinique médicale.....	VERGER.	Zoologie et parasitologie.....	MANDOUL.
id.....	CASSAET.	Médecine expérimentale.....	MAURIAC.
Clinique chirurgicale.....	CHAVANNAZ.	Clinique ophtalmologique.....	TEULIÈRES.
id.....	BÉGOUIN.	Clinique chirurg. infantile et orthopédie..	ROCHER.
Pathologie et thérapéutiques générales...	CARLES.	Clinique gynécologique.....	GUYOT.
Clinique d'accouchements.....	N.	Clinique méd. des maladies des enfants..	CRUCHET.
Anatomie pathol. et microscopie clinique.	SABRAZÈS.	Chimie biologique et médicale.....	DENIGÈS.
Anatomie.....	VILLEMEN.	Physique médicale et pharmaceutique...	SIGALAS.
Anatomie générale et histologie.....	G. DUBREUIL.	Médec. co-oniale et clin. des mal. exotiques.	LE DANTEC.
Physiologie.....	PACHON.	Clinique des malad. cutanées et syphilitiques	PETGES.
Hygiène.....	AUCHÉ.	Clinique des maladies des voies urinaires.	DUVERGEY.
Médecine légale et déontologie.....	LANDE.	Clinique des malad. nerveuses et mentales.	ABADIE.
Electroradiologie et clin. d'électricité médic.	RÉCHOU.	Clinique d'oto-rhino-laryngologie.....	PORTMANN.
Chimie.....	CHELLE.	Toxicologie et hygiène appliquée.....	BARTHE.
Botanique et matière médicale.....	BEILLE.	Hydrologie thérapeutique et climatologie..	SELLIER.
Pharmacie.....	DUPOUY.		

MM. LABAT (Pharmacie). — DELAUNAY (Physiologie).
MICHELEAU, LEURET, DUPÉRIÉ (Médecine générale)



AGRÉGÉS EN EXERCICE :

	MM.		MM.
Anatomie.....	DUBECQ.	Maladies mentales.....	PERRENS.
Histologie.....	LACOSTE.	Chirurgie générale.....	PAPIN.
Anatomie pathologique.....	MURATET.	id.....	JEANNENEY.
Parasitologie et sciences naturelles.....	R. SIGALAS.	id.....	CHARRIER.
Histoire naturelle pharmaceutique.....	FOURMENT.	id.....	LOUBAT.
Médecine générale.....	GREYX.	Obstétrique.....	PERY.
id.....	BONNIN.	id.....	FAUGÈRE.
id.....	AUBERTIN.	Ophtalmologie.....	BEAUVIEUX.
id.....	DAMADE.	Dermatologie et syphiligraphie.....	JOULIA.
id.....	PIÉCHAUD.	Pharmacie.....	GOLSE.

COURS COMPLÉMENTAIRES :

	MM.		MM.
Clinique dentaire.....	CAVALIÉ.	Démonstrations et préparations pharmac..	LABAT.
Médecine opératoire.....	PAPIN.	Pharmacie chimique.....	GOLSE.
Ophtalmologie.....	CABANNES.	Chimie minérale.....	GOLSE.
Puériculture.....	ANDÉRODIAS.		

Orthopédie chez l'adulte, pour les accidentés du travail, les mutilés de guerre et les infirmes. MM. N.
Cours complémentaire annexe. — Prothèse et rééducation professionnelle..... GOURDON.

Par délibération du 5 août 1879, la Faculté a arrêté que les opinions émises dans les Thèses qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle entend ne leur donner ni approbation ni improbation.

A MA MÈRE

A MON PÈRE

A MA FIANCÉE

A MA FAMILLE

A MES AMIS

A MONSIEUR LE MÉDECIN GÉNÉRAL BRUGÈRE

*Directeur de l'École principale du Service de Santé de la Marine
et des Colonies,
Commandeur de la Légion d'honneur,
Officier d'Académie.*

A MONSIEUR LE MÉDECIN EN CHEF FOURGOUS

*Sous-Directeur de l'École principale du Service de Santé de la Marine
et des Colonies,
Officier de la Légion d'honneur,
Officier de l'Instruction publique.*

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR J. GUYOT

*Professeur de clinique gynécologique à la Faculté de Médecine de Bordeaux,
Chirurgien des Hôpitaux,*

*Membre correspondant de la Société de chirurgie,
Chevalier de la Légion d'honneur,*

*Décoré de la Croix de guerre et de l'Ordre de Sainte-Anne de Russie,
Officier de l'Instruction publique.*

Nos études terminées, il est un devoir auquel nous ne saurions manquer : celui d'exprimer notre vive gratitude aux maîtres de la Faculté et des Hôpitaux qui ont contribué à notre formation médicale.

Notre gratitude va particulièrement à M. le professeur Guyot, dont nous nous sommes plu à fréquenter assidûment le service, en raison du bienveillant accueil et du précieux enseignement qu'on était sûr d'y recevoir. Qu'il veuille bien trouver ici l'expression de notre respectueuse reconnaissance pour le grand honneur qu'il nous a fait en acceptant de nous confier un sujet de thèse et d'en assurer la présidence.

Nous remercions M. le professeur Chavannaz de nous avoir autorisé à publier une intéressante observation recueillie dans son service ; et M. le docteur Villar, chef de clinique de M. le professeur Guyot, qui nous a obligeamment communiqué l'observation d'une malade de la clinique gynécologique.

Enfin, nous sommes heureux de pouvoir témoigner à MM. les docteurs Landouaré et Pouliquen, de Brest, notre sincère reconnaissance pour le grand intérêt qu'ils ont toujours bien voulu nous porter.

APPENDICITE

ET

GROSSESSE EXTRA-UTÉRINE

INTRODUCTION

La question des relations de l'appendicite avec la grossesse extra-utérine se présente en clinique sous deux aspects différents :

1° Tantôt, et c'est le cas le plus fréquent, il y a simulation de l'une des deux affections par l'autre; il en résulte généralement une erreur de diagnostic dont la conséquence peut être fatale à la malade. « On est en droit de se demander combien de grossesses extra-utérines méconnues, et prenant le masque d'une appendicite chronique traitée par la glace, se sont terminées par une inondation péritonéale prise pour une péritonite suraiguë foudroyante. » (Tussau) (1);

2° Tantôt, il s'agit de l'éclosion d'une appendicite au cours d'une grossesse extra-utérine. L'appendicite peut se présenter

(1) Tussau, *Bulletins et mémoires des chirurgiens de Paris*, séance du 1^{er} mai 1925.

sous toutes ses formes et à tout moment de l'évolution de la grossesse extra-utérine. Et si la complication appendiculaire de la grossesse normale, utérine, constitue un gros danger pour la mère et pour l'enfant, et « doit être traitée chirurgicalement plus rapidement que dans n'importe quel cas » (Pinard), la complication appendiculaire de la grossesse ectopique comporte un pronostic encore plus sérieux pour la mère, car ces deux affections, déjà graves en soi, ont la fâcheuse tendance à s'aggraver du fait de leur coexistence.

Cette étude des relations de l'appendicite et de la grossesse extra-utérine ne manque donc pas d'intérêt. Aussi sommes-nous reconnaissant à M. le professeur Guyot d'avoir bien voulu, à l'occasion d'une observation recueillie dans son service, nous permettre d'en faire le sujet de notre thèse. Nous rapportons 12 observations dont 2 inédites, obligeamment communiquées par MM. les professeurs Guyot et Chavannaz et par M. le docteur Villar, chef de clinique de M. le professeur Guyot.

Voici le plan de notre étude :

Après l'historique de la question et l'exposé d'observations, nous envisagerons successivement :

L'influence de l'appendice sur la trompe normale et sur la trompe gravide ;

L'influence de la trompe gravide sur l'appendice ;

Le diagnostic, suivant qu'il y a coexistence ou non des deux affections ;

Enfin le traitement, en insistant particulièrement sur l'appendicectomie prophylactique au cours d'opérations de grossesses extra-utérines.

CHAPITRE PREMIER

Historique.

Les rapports de l'appendicite avec la grossesse extra-utérine ont une histoire relativement récente.

La littérature n'est pas riche en observations de ce genre (elle en contient environ une soixantaine). Cela tient sans doute à ce que, d'une part, la grossesse ectopique n'est pas très fréquente et qu'elle est assez souvent méconnue et que, d'autre part, ses complications appendiculaires sont plutôt rares et presque jamais diagnostiquées.

Les relations entre l'appendicite et la grossesse ectopique ne sont guère mentionnées dans les traités classiques. Second, en 1892, dans la première édition de Duplay et Reclus, ne parle pas du diagnostic différentiel de l'appendicite et de la grossesse ectopique rompue; Pozzi, dans son *Traité de gynécologie* (édition 1907) dit, de la grossesse extra-utérine (p. 1092), « la douleur intense et subite n'en impose pas pour une appendicite à début brusque »; J.-L. Faure et Siredey, dans leur *Traité médico-chirurgical de gynécologie*, mentionnent brièvement la possibilité de confusion; Labadie-Lagrave et Legueu, dans leur *Traité de gynécologie*, attachent plus d'importance à la question, signalent des exemples de confusion et donnent en trois lignes les éléments principaux du diagnostic différentiel, mais aucun de ces traités ne parle de la coexistence possible de l'appendicite avec la grossesse ectopique!

Et cependant de nombreuses observations avaient été publiées

à ce sujet. Coyne et Boursier (1898) en donnèrent un exemple très suggestif.

En 1902, Legueu, Potherat et Pinard, à l'occasion de cas personnels d'erreurs de diagnostic, soulevèrent la question à la Société de chirurgie et à la Société d'obstétrique et de gynécologie.

En 1902, Aguinet consacrait sa thèse aux erreurs de diagnostic entre l'appendicite et la grossesse ectopique.

En 1903, Témoin, de Bourges, communiquait au Congrès de chirurgie 2 observations caractéristiques par lesquelles il montrait les difficultés cliniques et thérapeutiques que crée la coexistence de ces deux affections.

Dans les années qui suivirent, différents auteurs français et étrangers : Barnsby, Tixier, Sutter, Silhol, Bilhaut, Legueu, Launay et Séguinot, Backel, Engelman, Cestan, Duvergey, Tussau, etc., publièrent de nombreux cas de coexistence ou d'erreurs de diagnostic qui sont rassemblés dans les thèses de Pellet (1908), Fesq (1913), Louaintier (1923).

En 1925, les docteurs Tussau et Blanc en firent une communication à la Société des chirurgiens de Paris, et en 1926, le docteur Mauclair précisa certaines des relations entre l'appendicite et la grossesse ectopique.

CHAPITRE II

OBSERVATION I

Due à l'obligeance de M. le professeur GUYOT et M. le docteur VILLAR,
chef de clinique.

Grossesse extra-utérine et appendicite.

La malade, M. M..., 19 ans, entre d'urgence à l'hôpital, le 19 septembre 1927, envoyée par son médecin avec le diagnostic d'**appendicite**.

Dans les *antécédents héréditaires*, on ne relève rien de particulier, le père âgé de 50 ans la mère de 48 ans sont actuellement en bonne santé. Dans les collatéraux, on note six frères et deux sœurs, tous bien portants, sauf une sœur qui souffre du foie.

Antécédents personnels. — Née à terme, nourrie au sein ; à 6 ans, M. M... a été atteinte, en 1914, d'une fluxion de poitrine grave qui a duré un mois et depuis la malade souffre régulièrement tous les hivers de la grippe qui l'oblige à garder le lit pendant des semaines. Cet état a persisté jusqu'à son mariage. Pas d'autre maladie à signaler.

Réglée à 14 ans normalement ; les règles durent trois jours ; elle s'est mariée en 1925 à 17 ans. C'est à cette époque qu'elle ressentit les premières souffrances dans le bas-ventre. Trois mois environ après son mariage, les règles ont commencé à devenir douloureuses et irrégulières, se présentant souvent deux fois par mois ; en quantité, elles sont toujours restées normales.

Vers le 12 septembre 1927, brusquement vers 4 heures de l'après-midi, la malade fut prise d'atroces coliques dans tout le ventre, sans

vomissements. Le soir, après un lavement, les douleurs se calmèrent, mais deux jours après, nouvelles crises plus violentes cette fois, avec vertige, bourdonnements d'oreilles, grosses nausées, constipation, mais pas de vomissements.

On fit venir le médecin qui, croyant avoir affaire à une constipation opiniâtre, ordonna des purgatifs d'huile de parafine (un le lendemain, un autre le surlendemain). Les purgatifs la soulagèrent un peu, mais les crises douloureuses ne tardèrent pas à se reproduire. Une troisième purgation déclencha une nouvelle crise extrêmement violente, à quinze jours environ des crises précédentes, qui décida le médecin à faire entrer la malade à l'hôpital, dans le service de M. le professeur Guyot, avec une lettre pour M. le docteur Villar, qui jugeant grave l'état de la malade, décida l'opération immédiate le 29 septembre 1927.

Compte rendu de l'opération. — Dès l'ouverture du ventre, on voit une assez grande quantité de sang qui remplit la cavité abdominale. Le Douglas est lui-même complètement encombré de caillots. On découvre facilement les annexes à gauche, mais à droite, parmi de nombreux caillots, on les trouve dans un état tel que l'on porte le diagnostic de rupture tubaire.

L'appendice est gros, rouge, congestionné; on ne pratique pas son ablation.

On referme avec surjet péritonéal, musculo-aponévrotique et cutané; on laisse un drain n° 8 et une petite mèche dans le Douglas.

Suites opératoires. — Malgré des soins particuliers, la température se maintient au-dessus de 37 degrés; à partir du 21, elle monte à 37°4; le 25, à 38°2. Le 26 octobre, M. le professeur Guyot examine la malade et trouve un gros rein droit très douloureux, correspondant à des poussées de pyélonéphrite qui cèdent rapidement au traitement par l'urotropine et par des cataplasmes de farine de lin sur le flanc droit. Mais la fièvre persiste toujours; le 2 novembre 1927, l'examen montre un gros rein droit non douloureux à la pression.

La fosse iliaque droite est remplie par une masse très sensible siégeant au point de Mac Burney et se prolongeant un peu jusqu'au côté droit de l'utérus. Le cul-de-sac droit n'est pas douloureux; pas de prolongement de la masse dans le pelvis. La température, le soir, est de 39°2.

M. le professeur Guyot décide l'opération.

Rapport de l'opération du 3 novembre 1927. — « Appendicite aiguë. » Il s'agit d'une malade opérée le 29 septembre, par le docteur Villar, d'une rupture de grossesse tubaire et qui, depuis quelques jours, présente de la fièvre et des accidents douloureux de la fosse iliaque droite, avec empatement de la région...

Incision de Roux. La couche musculaire profonde est infiltrée, le péritoine infiltré et tendu. On trouve une collection postérieure qui file en haut vers la fosse lombaire; assèchement à l'aspirateur, puis à la compresse éthérée, drainage avec drain n° 10, mèche.

Fermeture de la plus grande partie de la paroi. L'opération a duré trente-huit minutes.

Suites opératoires. — Favorables, température normale le deuxième jour.

La malade quitte l'hôpital, guérie, le 3 décembre 1927.

Discussion. — En somme, il ressort de cette observation que les signes physiques et fonctionnels plaident plus en faveur de l'appendicite que de la grossesse extra-utérine. Le seul signe qui aurait mis le médecin sur la bonne voie manquait : le retard des règles. Les règles, toujours normales en quantité, étaient irrégulières; elles se présentaient souvent deux fois par mois. L'examen de l'appendice a montré que celui-ci était gros, rouge, congestionné; sans doute quelques symptômes traduisant son inflammation ont dû se manifester en même temps que ceux de la grossesse extra-utérine. Puis, la grossesse tubaire enrayée, l'inflammation appendiculaire a continué à évoluer; après l'opération, la température n'est jamais revenue à la normale. La pyélonéphrite présentée par la malade (il ne manquait que la cholécystite pour qu'on ait la triade colibacillaire gravidique) aurait pu expliquer la température, mais la cessation rapide de la douleur à l'urotropine et l'apparition de l'abcès appendiculaire rapportaient la fièvre à sa véritable cause.

Il est donc infiniment probable qu'on peut faire débiter cette appendicite au cours de la grossesse extra-utérine.

Voici d'ailleurs une observation du docteur Blanc, à peu près analogue à la nôtre, d'appendicite évoluant dans les suites d'une grossesse extra-utérine.

OBSERVATION II

Docteur BLANC (1).

Il s'agissait d'une jeune femme de 25 ans, auprès de laquelle je fus appelé pour des craintes de fausse couche. L'histoire du début de la grossesse était assez compliquée, d'abord parce que les règles n'avaient pas été supprimées complètement, mais à des périodes irrégulières; des pertes de sang peu abondantes avaient été notées; ensuite, dans le premier mois où la suppression des règles avait fait penser à la grossesse, la malade avait eu des phénomènes douloureux dans le côté droit qui avaient fait porter le diagnostic d'appendicite. Tout avait paru rentrer dans l'ordre, sauf quelques troubles intestinaux; la grossesse semblait suivre son cours normal (à part ces quelques pertes de sang insignifiantes) lorsqu'un écoulement sanguin persistant était apparu à la fin du deuxième mois; le médecin redoutait une fausse couche. L'examen de la malade nous montra qu'il existait tous les signes d'une hématocele rétro-utérine, à utérus bloqué et refoulé contre la symphyse, cul-de-sac bombant et légèrement douloureux, col entr'ouvert laissant échapper un peu de sang noirâtre; température oscillant entre 37,5 et 38,3; ventre ballonné légèrement et douloureux surtout à droite, dans la fosse iliaque. Après consultation avec un clinicien éprouvé et prudent, l'expectative fut décidée, mais la famille demanda un autre consultant qui conseilla l'intervention simple : incision du cul-de-sac de Douglas. J'étais jeune chirurgien, l'opération d'ailleurs pouvait se défendre, je cédai. Tout se passa simplement, malgré une hémorragie assez abondante, quand la poche fut vidée de ses caillots. Les jours suivants, la fièvre persista, révélant bientôt l'allure d'une septicémie puerpérale et, au bout de dix jours, on se décida à intervenir par le

(1) Docteur Blanc, *Bulletin et mémoires des chirurgiens de Paris*, séance du 4^{er} mai 1925.

ventre. Je passai la main à mon maître plus audacieux (c'était la première année de mon installation) et nous tombâmes sur des débris de poche salpingo-ovarienne, difficiles à identifier, mais au cours de ces manœuvres, un abcès du volume d'une grosse noix s'ouvrit et inonda le champ opératoire. Trois jours après, la malade mourait de septicémie.

Ainsi, cette appendicite qui paraissait éteinte avait continué à évoluer, mais ses signes avaient été plus ou moins masqués par l'hématocèle qui avait accaparé l'attention, et c'est elle, en somme, qui avait aggravé les lésions pelviennes et déterminé la mort.

N'ayons garde d'oublier ces cas complexes, où la coexistence de lésions appendiculaires et d'une grossesse tubaire rend si difficile le diagnostic et aggrave singulièrement le pronostic !

CHAPITRE III

Étude anatomique. — Pathogénie.

Voyons tout d'abord l'étude succincte des rapports anatomiques de l'appendice cæcal avec la trompe droite; elle peut nous être de quelque utilité dans la pathogénie possible :

- 1° De l'influence de la trompe gravide sur l'appendice;
- 2° De l'influence de l'appendice malade sur la trompe.

La situation de l'appendice est très variable : d'après les travaux de Trèves (1885), Fergusson (1891), Lockwood et Rolles-tois (1891), Tuffier et Jeanne (1898) et de Legueu et d'Alglave (1902), il ressort que l'appendice iléo-cæcal est en position :

- Iliaque moyenne dans 55 p. 100 des cas;
- Position haute dans 31 p. 100 des cas;
- Position basse ou pelvienne dans 14 p. 100 des cas.

Il est souvent à cheval sur la margelle du détroit supérieur, tout près des annexes.

Dans les cas où l'appendice est en position haute ou moyenne, il peut cependant exister des rapports de contiguïté entre cet organe et la trompe, par une sorte d'hypoplasie du bassin (celui-ci ne descendant pas assez bas dans son développement) dont la conséquence est de laisser les annexes haut placées (Holme Fesq).

Mais plus importantes, car plus constantes que ces rapports de contiguïté, sont les connexions anatomiques : tissu cellulaire sous-péritonéal, le péritoine même, et surtout les vaisseaux et lymphatiques passant du ligament large dans le méso-appendice qui créent une solidarité indiscutable entre ces deux organes.

I. — Influence de la grossesse ectopique sur l'appendice.

La grossesse extra-utérine, comme la grossesse normale, a une fâcheuse influence sur l'appendice, mais disons tout de suite qu'il s'agit généralement d'appendices chroniquement malades. Toute femme enceinte ne présentera pas nécessairement une complication appendiculaire.

Et peut-on admettre que dans les cas de phlegmasie appendiculaire survenant au cours d'une affection annexielle et particulièrement d'une grossesse ectopique, il y ait simple coïncidence curieuse et inexplicquée? Cela est vrai dans certains cas, mais depuis Pinard on est trop averti de la possibilité du réveil d'une appendicite latente à l'occasion d'une grossesse; pour toujours nier la relation de cause à effet. Segond (1), frappé de la coexistence fréquente des lésions appendiculaires et des lésions annexielles au cours des laparotomies, n'a-t-il pas dénoncé les complications du flirt appendiculo-annexiel?

L'anatomie topographique et l'anatomie pathologique ne nous montrent elles pas qu'il y a entre ces deux lésions plus que des rapports de coexistence : des rapports de dépendance réciproque? Témoin, l'examen microscopique relevé dans une observation de Coyne et Boursier (2).

« Des coupes pratiquées sur la lame fibro-cellulaire adipeuse englobant un cordon contourné et qui constitue la paroi externe de l'hématocèle, permettent de reconnaître que nous sommes en présence de l'appendice; il était noueux et induré.

» Les coupes transversales sur sa partie moyenne font reconnaître les lésions suivantes :

» La muqueuse est épaissie, les glandes en tubes sont encore facilement reconnaissables; la couche superficielle de la

(1) Segond, *Appendicite et maladie des annexes*, *Annales d'obstétrique et de gynécologie*, 1909, p. 596 et s.

(2) Coyne et Boursier, *Revue mensuelle de gynécologie; d'obstétrique et de pédiatrie de Bordeaux*, 1900, p. 35.

muqueuse est infiltrée par de nombreux éléments embryonnaires; dans la couche profonde, les follicules clos sont tuméfiés, infiltrés de nombreux éléments leucocytiques et forment par place de véritables abcès collectés. Toute la couche sous-péritonéale qui limitait la paroi de l'hématocèle est infiltrée d'éléments embryonnaires. Il résulte de cet examen que le processus inflammatoire parti des annexes et qui avait donné lieu à des adhérences fibro-vasculaires avec l'enveloppe péritonéale de l'appendice iléo-cæcal s'était propagé aux couches fibro-celluleuses qui entourent cet organe. »

Il est donc admis que l'appendice est une dépendance du territoire gynécologique : une affection annexielle peut entraîner une appendicite.

On peut invoquer la même pathogénie que dans la grossesse normale pour expliquer l'éclosion d'une appendicite aiguë ou chronique au cours d'une grossesse ectopique :

a) La dilatation progressive de la trompe, comme celle de l'appendice, vient troubler les rapports anatomiques et physiologiques existant entre ces organes et l'appendice et produit, outre un certain état d'irritation mécanique, des coudures et la compression de l'appendice...

b) Importants également sont les phénomènes congestifs des organes génitaux qui accompagnent toute gravidité; par l'intermédiaire des connexions vasculaires, par l'intermédiaire du ligament large et du méso-appendice, cette congestion retentira fatalement sur l'appendice et y produira un certain degré de réaction inflammatoire. Les laparotomies pratiquées pour grossesses tubaires sans rupture et s'étant accompagnées de quelques signes appendiculaires ont permis de trouver un appendice iléo-cæcal très souvent gros, très vascularisé, dont la séreuse était enflammée. Ainsi, au cours d'une opération de grossesse extra-utérine droite avec hématocèle, M. le docteur Villar trouva un appendice énorme et congestionné qu'il réséqua.

Le résultat de l'examen microscopique fut le suivant :

« Appendice à paroi très épaissie, à lumière en voie d'oblité-

ration. Pas de lésions inflammatoires marquées en dehors d'une vascularisation intense. »

Si la femme, antérieurement à la grossesse ectopique, a eu quelques accidents appendiculaires, cette congestion de l'appendice pourra déterminer le réveil de l'appendicite latente.

Et en effet, dans les observations de coexistence d'appendicite et de grossesse tubaire, on note généralement dans les antécédents de la malade un mauvais état gastro-intestinal entretenu soit par la grippe, soit par la lithiase, la stase intestinale, dont la grossesse est souvent responsable.

c) Plus importante est peut-être la cause suivante :

Par suite d'atteintes inflammatoires antérieures d'origine infectieuse, l'appendice et la trompe ont adhéré l'un à l'autre ; ou bien, le kyste fœtal s'étant rompu, il en est résulté une péritonite plastique qui a produit l'enkystement de l'épanchement sanguin. Comme le ligament large se continue avec le méso appendice par un tissu cellulo-graisseux contenu entre ses deux feuillets, par des vaisseaux et des lymphatiques, cette péritonite s'étendra généralement à ce méso appendice. Les adhérences tiraillant l'appendice ne tarderont pas à le faire réagir, car c'est l'organe par excellence qui a le plus de tendance à s'infecter à la moindre coudure dans son calibre ; sa flore microbienne toujours très riche et latente profitera de la réalisation accidentelle de la « cavité close » de Dieulafoy pour augmenter de virulence et donner lieu à la crise d'appendicite.

Mais, cause d'appendicite, la grossesse ectopique est aussi et surtout une cause d'aggravation.

Les adhérences tubo-annexielles, tiraillées par la dilatation de la trompe gravide, sont susceptibles de se rompre et d'entraîner la perforation de l'appendice avec toutes ses conséquences. Le pronostic de l'appendicite survenant dans ces conditions doit être toujours considéré comme grave. En somme, la grossesse ectopique, comme la grossesse utérine, a une action directe sur l'éclosion d'une appendicite latente et elle en aggrave singulièrement l'évolution.

II. — Influence de l'appendicite sur la trompe normale et sur la trompe gravide.

Dans la majorité des cas, c'est la trompe gravide qui retentira fâcheusement sur l'appendice; mais dans les cas où l'appendicite est la première en date, elle peut produire quelques manifestations sur la trompe normale, et dans ceux où elle évolue en même temps qu'une grossesse ectopique, elle donnera lieu à des accidents redoutables.

Son influence sur la trompe normale. — De nombreuses causes sont invoquées dans la pathogénie de la grossesse tubaire, et, sans nous y arrêter longtemps, nous en signalerons certaines encore peu connues et qui joueraient un rôle important; ce sont les infections de voisinage sur lesquelles le docteur Mauclaire (1) a attiré l'attention en 1926 : les péri-sigmoïdites, les épiploïtes et, plus particulièrement, l'appendicite. Il est certain qu'elles ne doivent intervenir que rarement pour tenter d'expliquer une grossesse extra-utérine, cependant il ne faut pas non plus les méconnaître tout à fait.

La péri-appendicite constitue un foyer d'infection qui a tendance à s'étendre. Le processus inflammatoire peut gagner les annexes, soit :

a) Par voie intrapéritonéale, le long des voies sanguines ou lymphatiques du ligament appendiculo-ovarien, ou grâce au contact de l'appendice, souvent très long chez la femme, avec les organes voisins;

b) Par voie extrapéritonéale par le tissu sous-séreux du ligament appendiculo-ovarien à travers les feuilletés mésentériques du cæcum, ou grâce à la situation plus ou moins extrapéritonéale du cæcum et de l'appendice, par propagation au tissu cellulaire de la fosse iliaque et du petit bassin (Fraenkel) (2).

(1) Docteur Mauclaire, *Gazette des hôpitaux*, n° 26, 31 mars 1926.

(2) Fraenkel, *L'appendicite dans ses rapports avec le mal des organes génitaux de la femme*, *La Gynécologie*, 1902, p. 69.

Les lésions appendiculaires peuvent, en effet, s'étendre très loin : on a vu des brides fibreuses péritonéales relier l'appendice à la vésicule biliaire ou au duodénum ; rien d'étonnant à ce que des brides analogues puissent faire adhérer l'appendice à la trompe. Ces adhérences tiraillant la trompe, y créeront des diverticules, des sortes de logettes dans lesquelles se fera la nidation de l'ovule (Riotte).

En outre, certains travaux récents ont attiré l'attention sur le « spasme de la trompe », spasme réflexe qui peut être engendré par une irritation du voisinage venue de l'appendice malade aussi bien que de l'utérus ou de l'ovaire.

Donc, que ce soit par infection ou par spasme de la trompe, une lésion appendiculaire est susceptible, dans quelques cas, d'entrer en ligne de compte dans la pathogénie de la grossesse tubaire.

Les observations de grossesse tubaire ne sont pas rares qui montrent dans les antécédents de la malade des crises appendiculaires guéries spontanément, mais au prix d'adhérences avec la trompe. Voici le rapport d'une communication de M. le professeur Duvergey (1), à l'occasion d'une observation personnelle.

« C'est à l'extension d'une appendicite chronique ayant créé des adhérences intimes avec la trompe droite que l'auteur croit devoir rapporter l'existence d'une grossesse extra-utérine compliquée de rupture et dont il rapporte l'observation. Les coutures de la trompe, les modifications de son orientation expliquent les difficultés que l'ovule trouve à rencontrer l'ostium abdominal et à cheminer fécondé dans la trompe. Aussi conseille-t-il à tout opérateur pratiquant l'appendicectomie de détruire les adhérences qui pourraient immobiliser la trompe droite. »

Voici également une courte observation du docteur Blanc :

Obs. III. — Au cours d'une opération pour grossesse tubaire droite, j'ai trouvé un appendice long et scléreux plongeant dans le

(1) Duvergey, Société d'obstétrique, de gynécologie et de pédiatrie de Bordeaux, séance du 14 novembre 1911.

bassin et adhérent au ligament utéro-ovarien. La grossesse était de sept semaines, et comme antécédents intestinaux, on notait dans l'histoire de la malade le souvenir d'une crise abdominale douloureuse avec maximum de douleurs dans la fosse iliaque droite remontant à sept ans et ayant entraîné le diagnostic d'appendicite.

Influence sur la trompe gravide. — Si l'appendicite a une néfaste influence sur la grossesse normale, elle a des conséquences plus néfastes encore sur la grossesse ectopique.

L'appendicite hâte l'avortement tubaire, provoque ou hâte la rupture. Ces éventualités sont la règle dans l'évolution de la grossesse extra-utérine, et la conséquence de l'appendicite n'est pas là de première importance. Plus graves sont, suivant les cas, la suppuration de l'hémato-salpinx, de l'hématocèle, d'origine appendiculaire. L'appendicite est, en effet, un foyer infectieux au voisinage d'une collection sanguine; les agents pathogènes, trouvant l'excellent bouillon de culture que constitue le sang, vont pulluler et se propager. C'est là la cause la plus banale de la suppuration des hématocèles du petit bassin.

La péritonite septique, localisée ou généralisée, peut s'ensuivre et emporter rapidement la malade.

CHAPITRE IV

Symptomatologie et diagnostic.

Nous n'avons à envisager dans ce chapitre du diagnostic que les grossesses extra-utérines jeunes, de moins de cinq mois (car celles qui ont franchi ce stade dans leur évolution ne risquent guère d'être méconnues ou de prêter à confusion) et siégeant dans les annexes droites (quoique dans une observation de Legueu, que nous rapportons, nous voyons un cas de grossesse ectopique gauche prise pour une appendicite, à cause des douleurs qu'elle déterminait à droite).

On peut considérer deux étapes dans le diagnostic de l'appendicite et de la grossesse ectopique :

1° A-t-on affaire à une grossesse ectopique (rompue ou non rompue) ou à une appendicite ?

2° N'y a-t-il pas coexistence des deux affections ?

I. — Grossesse ectopique ou appendicite.

La rupture d'une trompe gravide, une crise aiguë d'appendicite sont deux causes (pour ne citer que celles-là) de douleurs abdominales atroces, à siège bas, à début brusque et à évolution parfois grave. Il ne suffit pas, pour en faire un diagnostic différentiel, de poser un doigt distrait aux points de Mac Burney, de Moritz ou de Lanz, pour affirmer l'une et nier l'autre. Ce n'est que l'étude approfondie du syndrome, la connaissance des commémoratifs, qui permettront, dans certains cas, d'éviter l'erreur.

On prête à la grossesse ectopique et à l'appendicite des signes propres qui, rassemblés, plaident en faveur de l'une ou l'autre des deux affections, mais peu sont pathognomoniques; bien souvent, ils font défaut en partie, quelquefois même ils sont trompeurs. Legueu, Témoin, n'avaient-ils pas raison de porter le diagnostic d'appendicite dans ces cas où leurs malades accusaient des crises appendiculaires dans leur passé, des règles normales, régulières, et présentaient des signes appendiculaires? L'erreur, dans ces cas, était inévitable (V. Obs. VIII, IX et XI).

La grossesse extra-utérine et l'appendicite se présentent quelquefois sous les mêmes aspects cliniques et peuvent se simuler réciproquement.

1° Appendicite prise pour une grossesse ectopique.

Nous en rapportons une observation typique du docteur Silhol, suffisamment explicite pour se passer de tout commentaire (Obs. XII).

2° Mais bien plus souvent, c'est la grossesse ectopique qui revêt le masque d'une appendicite.

Les observations publiées par de nombreux auteurs prouvent suffisamment la possibilité de confusion; nous en rapportons les principales.

Avec Louaintier (1), qui dans sa thèse a étudié les différentes formes cliniques de la grossesse ectopique et leur confusion avec certaines formes de l'appendicite, nous pouvons constater que :

« Dans les cas les plus fréquents, le diagnostic de la grossesse non compliquée et surtout non rompue ne se pose guère qu'avec l'appendicite pelvienne sans abcès (ou avant son stade de suppuration), tout en faisant des réserves pour la coexistence toujours possible des deux affections. »

D'autres fois, « s'il est des cas où la rupture de la trompe gravidé éclate avec une telle évidence que le diagnostic d'hématocèle s'impose, il en est d'autres où la confusion entre les deux affections reste possible, cas d'hématocèle d'intensité moyenne

(1) Louaintier, thèse Paris, 1923.

rappelant le tableau de l'appendicite perforante ou gangreneuse.

» D'autre part, les signes de réaction péritonéale, qui au cours de l'hématocèle apparaissent rapidement, après son début peuvent prêter à confusion avec l'appendicite, en particulier avec les appendicites basses, pelviennes ».

Dans certains cas, la forme « cataclysmatique de Barnes » a pu simuler la péritonite généralisée. Nous verrons qu'il est pourtant possible, en général, de les distinguer.

Voyons si de l'étude des principaux symptômes et syndromes que nous retrouvons dans la grossesse ectopique et dans l'appendicite (leurs différentes formes étant confondues dans une même étude), il n'est pas possible de compter sur quelques éléments de différenciation dans les cas douteux.

A. — SYMPTÔMES FONCTIONNELS.

Le syndrome génital. — Nous l'étudions en premier lieu, car c'est de lui surtout que dépend l'exactitude ou l'erreur de diagnostic.

Tout d'abord, voici un cas qui n'est pas rare : il s'agit de femmes habituellement mal réglées, dont le retard des règles n'est pas interprété comme marque de grossesse (dans 1 cas de Legueu, la femme était âgée de 48 ans !).

En effet, chez une femme ordinairement bien réglée, qui accuse un retard important ou une suppression de règles, le diagnostic sera tout de suite orienté vers la grossesse, mais nombreuses encore sont les causes d'erreur.

D'ailleurs, une grossesse ectopique de deux ou trois semaines peut causer des accidents graves avant d'avoir eu le temps de se manifester par un trouble des règles !

Des écoulements sanguins peuvent être assez abondants pour simuler les règles ; ou ils peuvent avoir une origine utérine et faire méconnaître la grossesse ectopique : du sang noir, marc de café, avec des caillots, sera en faveur de la grossesse ectopique. Certains états pathologiques (anémie, tuberculose, kyste

de l'ovaire, salpingite et appendicite) peuvent être la cause d'écoulements sanguins, d'irrégularité des époques menstruelles et de règles douloureuses (Segond) (1).

Mais la méconnaissance d'une grossesse ectopique est surtout facile dans les cas où elle ne donne lieu à aucun écoulement sanguin pendant son évolution (Legueu).

Enfin, comme le dit Cestan, « on peut se heurter aux protestations indignées de veuves incorrectes ou aux dénégations formelles de demi-vierges », lorsqu'on envisage la possibilité d'une grossesse !

Et si le syndrome génital n'a pas éclairé le diagnostic, peut-on compter sur d'autres signes ?

L'état général. — Dans la péritonite septique diffuse comme dans l'inondation péritonéale, l'état général est très fortement touché. Le facies devient grippé d'emblée, plombé, puis cireux dans la péritonite, mais ne donne jamais la pâleur caractéristique de l'inondation péritonéale (Legueu). Dans un cas, il y a anémie aiguë des grandes infections, dans l'autre, anémie suraiguë que *seule* une hémorragie interne, abondante, est capable de produire. Les lèvres, les muqueuses se décolorent, les extrémités se refroidissent, deviennent blanches. Cette anémie aiguë, progressive, dont Cathomas (2) a vu toute l'importance, est le symptôme capital de la rupture tubaire avec inondation péritonéale, bien qu'au premier abord il soit parfois trompeur.

Mais dans quelques cas d'hématocèle peu importante, les hémorragies peuvent être minimales et parfois passer inaperçues (hémorragie distillante de Pozzi).

La douleur. — N'est généralement pas pathognomonique dans l'appendicite comme dans la grossesse ectopique.

Siège. — Les points de Mac Burney, de Moris ou de Lanz sont plutôt en faveur d'une appendicite ; parfois cependant ils sont difficiles à rechercher, car toute la zone iliaque est doulou-

(1) Segond, *loc. cit.*

(2) Cathomas, Soc. chirurgie, Paris, 1902.

reuse. Mais il est certain que dans une appendicite pelvienne ou dans une grossesse ectopique haute, la douleur prêterait plutôt à confusion. De même pour les irradiations douloureuses. Nous rapportons une observation de Legueu (Obs. XI) qui montre combien la localisation de la douleur peut être variable : la malade souffrait à droite lorsqu'elle avait une rupture tubaire gauche.

Caractère. — Plus important peut être est le caractère de la douleur : la rupture tubaire provoque quelquefois une douleur d'une acuité extrême et suivie de *syncope*, ce qui est exceptionnel dans l'appendicite même perforante qui produit généralement une douleur *progressive*. Legueu et Gasbarrini (1) insistent sur l'importance de la syncope et sur la tendance à la syncope dans la rupture tubaire. « Une syncope et surtout des syncopes à répétition, suivies d'anémie, impliquent le diagnostic de rupture tubaire. »

Et pourtant combien de ruptures tubaires se font à bas bruit, ne donnant que de simples sensations de pesanteur, de gêne dans le bas-ventre !

Pour le diagnostic de la grossesse ectopique non rompue avec l'appendicite, signalons le signe de Rovsing, qui, pour Rovsing, traduirait l'endo-appendicite et pour Hoffman, la péritonite péri-appendiculaire et la pelvi-péritonite. Il manquerait toujours dans la grossesse ectopique. Sans lui donner une valeur exclusive, il sera bon cependant de le rechercher.

La température. — Mal interprétée, elle peut induire en erreur :

L'hypothermie progressive s'observe aussi bien dans l'inondation péritonéale que dans la péritonite septique diffuse (37 degrés, 36°5, 36 degrés);

L'hyperthermie apparaît dans l'hématocèle (fièvre de résorption, fièvre aseptique (38 degrés, 38°5), des poussées fébriles accompagnent chaque période d'une hématocèle à répétition (fièvre de réaction péritonéale).

(1) Legueu-Gasbarrini, Société de chirurgie, Paris, 1902.

En même temps que les phénomènes thermiques, on peut observer des frissons. L'hémorragie abondante produit un grand frisson. L'appendicite, au début, donne des frissonnements. La formation d'un abcès appendiculaire, comme toute infection aiguë, donne des frissons.

Pouls. — Le pouls est petit, filiforme, irrégulier et rapide, de 120 à 130 pulsations, dans l'appendicite grave comme dans l'inondation péritonéale.

Un pouls rapide, petit, en même temps qu'une température presque normale, constitue un élément de pronostic dans l'appendicite, mais cette discordance s'observe aussi dans la rupture tubaire.

Le symptôme est donc plutôt un élément de confusion que de différenciation.

Le syndrome péritonéal. — C'est un ensemble des symptômes généraux et locaux qui n'offre guère de caractères spéciaux, suivant qu'il traduit un ictus péritonéal par épanchement ou une perforation appendiculaire.

Le syndrome gastro-intestinal. — Dans les observations de grossesses extra-utérines, on note, aussi bien que dans l'appendicite, des troubles digestifs, de la constipation.

On considère certains petits signes différentiels :

Le ténésme rectal serait un signe prémonitoire de la rupture ;

La langue saburrale spéciale à l'appendice ;

La langue rose et humide spéciale à l'inondation (Aguinet) (1) ;

L'absence de vomissements porracés dans la rupture (Choyau) (2).

B. — SYMPTÔMES PHYSIQUES.

La contracture. — Pour Aguinet (Thèse, p. 54), la contracture serait plus localisée et plus nette dans l'appendicite que dans la grossesse extra-utérine, où on ne la trouverait souvent

(1) Aguinet, thèse Paris, 1903, p. 54.

(2) Choyau, in thèse Celos, Paris, 1902.

pas. « La contracture pariétale est plus intense », ajoute Legueu (1).

Tuméfaction. — La tumeur extra-utérine peut être prise pour la masse appendiculaire, l'hématocèle enkystée pour une salpingite ou une appendicite (Gasbarrini, J.-L. Faure).

Matité dans les flancs. — Elle serait, pour la plupart des auteurs, un signe important de grossesse ectopique rompue. Remarquons cependant avec Celos (2) qu'il faut un épanchement d'au moins 1.500 grammes pour se révéler par une matité dans les flancs. Or, ces épanchements sont exceptionnels.

Toucher vaginal. — Solowij (3) a insisté sur l'empatement progressif du cul-de-sac de Douglas perceptible au toucher et dont la sensation pâteuse et très facilement appréciable permet d'affirmer l'hématocèle et commande l'intervention. Ce signe de Solowij est confirmé par Bertolini, puis par Zeitlin (Pétrograd), qui l'aurait trouvé positif dans 106 cas; mais il est certain que dans les cas où l'hématocèle est limitée par des adhérences qui l'empêchent de se collecter dans le Douglas et la retiennent autour de la trompe, le toucher ne donnera rien, si ce n'est peut-être qu'un peu de sensibilité d'un des culs-de-sac.

Ces cas, que J.-L. Faure a montré d'un diagnostic délicat avec la salpingite, sont également susceptibles d'en imposer pour une appendicite.

Examen de sang. — La polynucléose est en faveur d'une appendicite, mais n'a pas non plus une valeur décisive.

Ponction exploratrice. — Dans le doute et dans le cas de Douglas bombé, faire la ponction du Douglas avec une aiguille de Laroyenne (professeur Guyot) (4).

En résumé, « c'est sur les signes syncope, pâleur de la face et absence de contracture localisée que j'ai pu récemment recti-

(1) Legueu, *Bulletin et mémoires de la Société de chirurgie de Paris*, 1902, p. 923.

(2) Celos, *in* thèse Paris, 1902.

(3) Solowij, *Centralblatt. f. Gyn.*, 1912.

(4) Professeur Guyot, *Leçon clinique sur la grossesse extra-utérine*, 1928.

fier un diagnostic d'appendicite et reconnaître une grossesse extra-utérine qui fut reconnue à l'opération » (Legueu).

« Dans les cas difficiles, c'est surtout en s'attachant à serrer de près l'histoire des règles et des phénomènes pelviens que l'on pourra se garder des méprises; heureux si l'on découvre dans le cul-de-sac latéral ou postérieur cet empâtement non douloureux qui augmente progressivement. Quand on ne se trouve en présence ni « des protestations indignées de veuves incorrectes, ni des dénégations formelles de demi-vierges », la notion du retard des règles et d'hémorragies à répétition après ce retard sera toujours très importante. Il est certain, bien qu'il y ait des signes utérins avec arrêt des règles, que lorsque chez une malade des phénomènes appendiculaires ont été notés antérieurement et que brusquement surviennent dans la fosse iliaque droite et le bassin des phénomènes douloureux et péritonéaux, le diagnostic s'égare facilement, s'il est impossible de faire la lumière sur l'état exact de l'utérus et des annexes. Il n'y a que demi-mal si l'ensemble des symptômes commandent l'intervention, mais le danger devient grand si on laisse refroidir une fausse appendicite, alors qu'on a affaire à une grossesse tubaire fissurée, dont l'hémorragie peut tout d'un coup devenir menaçante. » (Docteur Blanc) (1).

II. — Coexistence de l'appendicite et de la grossesse extra-utérine.

Nous venons de voir combien le diagnostic différentiel de ces deux affections était délicat; là, il s'agissait de ne pas poser un diagnostic *inexact*. Les mêmes difficultés persistent identiques sinon augmentées dans les cas de leur coexistence, et ici on risque de poser un diagnostic *incomplet*.

Il suffit de lire les observations publiées à ce sujet pour se rendre compte des hésitations ou même des erreurs avouées :

(1) Docteur Blanc, *Bulletins et mémoires des chirurgiens de Paris*, 1^{er} mai 1925.

tantôt le clinicien pensait à l'une et méconnaissait l'autre ; tantôt, dans quelques cas rares, il soupçonnait leur coexistence, mais jamais il ne l'avait affirmée (Obs. Témoin-Landau).

C'est qu'en effet, dans la plupart des cas, il s'agit d'une femme qui a un passé gastro-intestinal troublant, qui a pu même présenter des phénomènes appendiculaires et chez laquelle surviennent brusquement des accidents douloureux et péritonéaux dans la fosse iliaque droite et le petit bassin.

Le médecin fera, à juste titre, le diagnostic d'appendicite aiguë, mais cette femme peut également être atteinte d'une grossesse ectopique dont le diagnostic peut ne pas être posé soit pour les raisons indiquées au chapitre précédent (syndrome génital incomplet, etc.), soit que le médecin se soit contenté de la découverte de l'appendicite et ne se soit pas attardé à étudier plus en détail sa malade.

Dans d'autres cas, c'est le tableau de la grossesse ectopique qui seul retiendra l'attention et masquera le tableau discret d'une appendicite chronique évoluant doucement ; les commémoratifs (absence de passé gastro-intestinal ou appendiculaire) peuvent ne pas éveiller les soupçons ; on sera alors tout surpris à l'opération de trouver des lésions d'appendicite chronique. Et même si le clinicien avait de fortes présomptions en faveur de la coexistence (crise appendiculaire dans le passé de la malade, grossesse extra utérine reconnue, notion du réveil possible d'une appendicite latente à l'occasion d'une grossesse) pourrait-il établir ou vérifier cliniquement son diagnostic de coexistence ?

Nous ne le pensons pas, car il n'y a pas de signes pathognomoniques de la coexistence d'appendicite et de la grossesse extra-utérine.

La recherche minutieuse des points d'élection de la douleur, l'un para-ombilical dans l'appendicite, l'autre pelvien dans la grossesse ectopique, séparés par une zone moins douloureuse, serait un signe évidemment important de présomption en faveur d'une coexistence, comme le veut Louaintier (1), mais les

(1) Louaintier, *loc. cit.*

irradiations douloureuses, l'hyperesthésie cutanée dans l'une et l'autre des deux affections sont la règle et rendraient la recherche de ces points électifs bien aléatoire.

Au toucher également, il serait heureux de trouver d'un côté une tuméfaction qui serait l'abcès appendiculaire, de l'autre la tuméfaction correspondant au kyste fœtal ou à l'hématocèle enkystée et entre elles une zone nette de séparation !

Une fièvre *persistante* (ce qui élimine la fièvre de résorption de l'hématocèle), survenant au cours d'une grossesse extra-utérine, est peut-être un élément plus important en faveur de la complication appendiculaire ; mais si l'existence de la grossesse extra-utérine n'est pas affirmée, la fièvre risquera, au contraire, d'orienter le diagnostic vers la seule appendicite ou même vers d'autres affections abdominales, annexielles entre autres, suivant les symptômes physiques concomitants.

Et le danger pourra être grand de laisser évoluer, sous prétexte de refroidissement, une appendicite subaiguë en même temps qu'une grossesse tubaire méconnue. Car, outre les accidents terribles qu'à elle seule la grossesse ectopique est capable d'entraîner, la complication appendiculaire sera un facteur important d'aggravation des lésions.

Toutes deux ont tendance à s'aggraver mutuellement : la grossesse ectopique donne un coup de fouet à l'appendicite ; celle-ci, à son tour, ne tardera pas à produire la suppuration du kyste fœtal ou de l'hématocèle et même pourra se terminer par la mort par infection péritonéale secondaire spontanément ou au cours de l'intervention (Obs. II du docteur Blanc).

Il est rare de voir l'infection du kyste fœtal ou de l'hématocèle se propager par les voies génitales. Bien plus souvent, en effet, elle tire son origine de l'intestin ou de l'appendice, qui a, nous le savons, des rapports étroits avec les annexes. Au point que, en règle générale, en face d'une hématocèle suppurée, il faut penser à la possibilité d'une appendicite. C'est en ayant l'attention attirée de ce côté que, d'après des signes non pathognomoniques, on pourra établir le diagnostic de la coexistence après avoir évidemment écarté avec soin les affections

aiguës suppurées similaires (par exemple, les pyosalpinx aigus ou chroniques, d'origine gonococcique, qui peuvent prêter à confusion), mais un seul signe suffit à les distinguer : c'est la *bilatéralité des lésions* (Pellet) (1).

En résumé, le diagnostic de la complication appendiculaire d'une grossesse ectopique se fera par l'interrogatoire de la malade, par les notions d'unilatéralité des lésions et par une température persistante (38-39 degrés) survenant au milieu des douleurs. Le plus souvent, il faudra s'en tenir au diagnostic ferme de grossesse ectopique ou d'appendicite avec des réserves au sujet de la possibilité de la coexistence avec d'autres affections (Pellet).

(1) Pellet, thèse Lyon, 1908.

CHAPITRE V

Pronostic et traitement.

Le pronostic de la coexistence de l'appendicite et de la grossesse ectopique doit être considéré toujours comme *grave*, car, dans ce cas, l'appendicite a peu de tendance à s'enkyster, et une péritonite généralisée est toujours à craindre. Le plus souvent, heureusement, il s'agit d'appendicite chronique réchauffée au cours de la grossesse, c'est-à-dire d'appendicite déjà circonscrite par des adhérences antérieurement formées. Le pronostic dépend essentiellement du diagnostic. Il faut que celui-ci soit exact, complet et précoce, et qu'il aboutisse toujours à l'intervention immédiate.

I. — Traitement curatif.

Plusieurs cas peuvent se présenter au chirurgien, mais dans aucun il ne faut attendre le refroidissement de l'appendicite, d'autant plus qu'on la sait évoluer en même temps qu'une grossesse ectopique.

Par une laparotomie médiane, comme il est de règle dans le traitement de la grossesse extra-utérine, on va à la recherche de la trompe malade et on l'extirpe. Puis, après avoir bien protégé le péritoine, on va explorer l'appendice. S'il n'y a pas d'abcès, on peut l'enlever sur-le-champ; si, au contraire, il y a péri-appendicite, collection suppurée limitée par des adhérences, il est sage de refermer l'incision médiane et d'intervenir par une seconde incision sur l'appendice. Un Mikulicz

créant un bon drainage et diminuant le temps opératoire, si la malade était très fatiguée, sera tout à fait indiqué.

Si l'appendice, la trompe malade et l'utérus sont intimement unis par des adhérences anciennes ou inflammatoires, il faudra s'efforcer d'enlever en bloc ces macma pleins de pus et de caillots, sans rompre ces barrières fibreuses préservatrices. L'excellent drainage à la Mikulicz sera encore très utile lorsqu'on aura affaire à une hématocele suppurée (la ponction aura été positive); il est bon de faire dans un premier temps une colpotomie pour vider le Douglas qui bombait dans le cul-de-sac postérieur, et dans un deuxième temps, la laparotomie médiane pour faire l'hystérectomie et l'appendicectomie (Segond) (1).

Mais généralement, au lieu d'une appendicite suppurée, il s'agira d'une appendicite chronique évoluant en même temps qu'une grossesse ectopique; le traitement n'offrira alors aucune difficulté.

Il y a des cas où au cours de l'intervention pour une grossesse ectopique non compliquée, on trouve, en examinant l'appendice, un certain degré de réaction congestive de la séreuse. Il n'y a pas, à proprement parler, d'appendicite et pourtant (notre observation I le confirme), cette légère inflammation peut continuer à évoluer et être le point de départ d'une appendicite caractérisée. On est ainsi amené à poser la question de l'ablation systématique de l'appendice au cours d'opération de grossesse ectopique.

II. — **Traitement prophylactique de l'appendicite.**

Kelly, en bon observateur, disait, « statistiques en main, la mortalité appendiculaire est plus grande chez la femme que chez l'homme, parce que la femme a ses organes génitaux trop près de l'appendice ». Serait-il indiqué, en conséquence, d'enlever l'appendice au cours de toute intervention gynécologique,

(1) Segond, *Annales de gyn. et d'obsi.*, Paris, 1909.

et particulièrement dans le cas qui nous intéresse pour grossesse extra-utérine ? Différents travaux tendaient à justifier cette manière de faire. Legueu (1) a voulu se rendre compte de l'état des appendices enlevés en pareille occurrence. Parmi ceux-ci, il en était qui avaient donné des crises antérieures d'appendicite, dont la clinique permettait d'affirmer la réalité ; et il en était d'autres, dont l'atteinte au cours d'une affection gynécologique était restée silencieuse, alors qu'à l'opération on trouvait quelques petites lésions appendiculaires ; mais c'est dans les cas d'appendices macroscopiquement sains, et enlevés cependant systématiquement dans un but préventif, que résidait toute la question ; étaient-ils sains ou malades ? et dans quelle fréquence ?

1° Les appendices enlevés au cours de la salpingectomie uni ou bilatérale se montrèrent lésés 16 fois sur 17.

2° Au cours d'intervention pour grossesse extra-utérine, voici ce que Legueu et Vulian constatèrent :

Obs. XXIII. — Macroscopiquement, l'appendice paraît congestionné et épaissi.

Microscopiquement, la couche sous-péritonéale, partout très épaissie, mais inégalement ; cet épaississement paraît dû surtout à de l'œdème et à de la congestion. Il y a autour des vaisseaux une réaction lymphocytaire abondante, mais pas d'inflammation aiguë.

Couche musculaire normale.

Couches sous-muqueuse et muqueuse : La muqueuse normale et la sous-muqueuse présente des points scléreux ou en voie de sclérose.

Le méso-appendice présente la même réaction que le péritoine ; de plus, une petite veine est atteinte de phlébite oblitérante ancienne.

Conclusion : Les lésions de l'appendice sont des lésions d'inflammation chronique du péritoine.

Obs. XXIV. — Macroscopiquement, la pointe de l'appendice adhérait à l'utérus.

(1) Legueu, *La Gynécologie*, mars 1911.

Microscopiquement, lésions locales au niveau de la pointe où toutes les tuniques ne forment plus qu'un bloc fibreux. Aucune lésion inflammatoire aiguë.

Conclusion : Lésion ancienne.

Obs. XXV. — Macroscopiquement : Appendice non adhérent. L'extrémité est oblitérée sur une largeur de 1 cent. 5; il existe de même une oblitération presque complète près de la base.

Microscopiquement : Près de la pointe, du tissu fibreux remplace toutes les tuniques. Au niveau du rétrécissement, lésions sous-muqueuses de sclérose avec atrophie glandulaire. Pas de lésion sous-péritonéale.

Conclusion : Lésion ancienne.

Obs. XXVI. — Macroscopiquement : Appendice non adhérent.

Microscopiquement : Appendice normal.

En somme, dans 1 cas seulement, l'appendice était normal. Dans 2 cas, l'appendice était oblitéré sans que l'oblitération présentât rien de particulier; il n'y a notamment aucune lésion du péritoine.

Dans 1 cas, il existe en même temps que des lésions péritonéales subaiguës anciennes des lésions sous-muqueuses en voie de cicatrisation. Cette malade devait avoir des antécédents appendiculaires; le diagnostic avant l'opération était « appendicite ». Son appendice porte les traces d'une poussée subaiguë récente peut-être favorisée par l'évolution de la grossesse extra-utérine » (Legueu, Vulian).

Et ces auteurs concluent (après avoir envisagé l'appendice au cours des annexites) que, « en dehors des annexites, les lésions de l'appendice sont plus rares, moins constantes : elles ne relèvent plus, quand elles se produisent, de la maladie principale (kyste de l'ovaire, fibrome ou grossesse extra-utérine); mais, même dans ces conditions, il est plus sûr de pratiquer toujours l'appendicectomie. Quand l'appendice est déjà malade, les lésions pourraient bien conduire plus tard à une attaque aiguë d'appendicite. Si dans certains cas l'appendice est sain, le dommage ne sera pas considérable, d'avoir enlevé un organe sain,

mais que sa fragilité pathologique expose à s'altérer un jour.

» Donc, concluons qu'au cours de toute laparotomie pour affection gynécologique, l'appendice sera toujours enlevé, alors même qu'il ne présentera aucune altération extérieure. On se départira de cette pratique si, pour une raison ou pour une autre, l'ablation de l'appendice devait sensiblement augmenter la durée de l'acte opératoire principal ».

D'autre part, Waeggeli et Beuttner (1) (de Genève), qui ont étudié comme les auteurs précédents les altérations appendiculaires au cours de laparotomie pour affection gynécologique, ont trouvé des lésions de l'appendice coexistant avec la grossesse tubaire droite dans 25 p. 100 des cas.

Un examen clinique minutieux conduisit les auteurs à la conclusion que « les altérations appendiculaires sont le plus souvent à considérer non comme de véritables appendicites, mais comme la simple propagation d'une inflammation des organes génitaux sur l'appendice. La lésion appendiculaire concomitante est presque toujours secondaire à l'affection gynécologique ».

Waeggeli et Beuttner insistent sur le fait que « les lésions appendiculaires diminuent de fréquence avec l'éloignement de l'organe primitivement atteint, qu'elles diminuent surtout dans les cas où l'affection gynécologique n'est pas de nature inflammatoire ».

Pour donner à leur étude une base plus scientifique, les auteurs ont examiné, au point de vue microscopique, une centaine d'appendices extirpés. Dans 100 appendices enlevés, 37 ont été trouvés macroscopiquement normaux, 63 macroscopiquement pathologiques.

Des 37 appendices macroscopiquement normaux, 29 ont été trouvés macroscopiquement pathologiques.

« Il résulte de ces constatations que l'inspection seule ne permet pas, scientifiquement parlant, de se faire une image assez exacte de son état histologique et que le contrôle pendant

(1) Waeggeli et Beuttner, *Appendice et organes génitaux de la femme*, *Revue d'obstétrique et de gynécologie*, juillet-décembre 1923, p. 309.

nos laparotomies a, au fond, une part toute relative et qu'un appendice macroscopiquement normal peut microscopiquement être atteint.

» Faut-il donc toujours extirper l'appendice au cours des laparotomies ?

» Nous sommes arrivés à la conclusion que l'extirpation de l'appendice, sans appel dans nos laparotomies exploratrices, n'est pas à recommander et que chaque cas doit être traité individuellement en s'inspirant d'un sain conservatisme. » (Waeggeli-Beuttner).

En somme, Legueu et Vulian, d'une part, Waeggeli et Beuttner, d'autre part, sont arrivés, par des études faites en série d'appendices prélevés au cours d'opérations gynécologiques, à ces mêmes résultats, à savoir :

1° Que l'appendice peut être trouvé malade au cours d'une grossesse extra-utérine, aussi bien qu'au cours de toute affection gynécologique ;

2° Qu'un appendice macroscopiquement sain est, en réalité, très souvent microscopiquement pathologique.

Mais quant à leurs conclusions, elles sont toutes différentes.

Legueu et Vulian préconisent l'ablation systématique de l'appendice au cours d'opérations gynécologiques, tandis que Waeggeli et Beuttner préfèrent l'éclectisme.

Nous retrouvons là les deux grandes tendances qui séparent les chirurgiens en deux groupes en matière d'appendicectomie.

Nous ne pouvons songer à entreprendre dans notre travail l'étude détaillée des considérations théoriques en faveur de l'une ou l'autre doctrine.

C'est là une affaire de conviction personnelle de la part du chirurgien.

Contentons-nous de donner les points sur lesquels les chirurgiens sont d'accord :

a) Hors évidemment le cas où, au cours d'une opération sur les annexes, l'appendice est englobé dans le paquet inflammatoire et en est peut-être le coupable, on peut réserver l'appendicectomie aux cas où :

1° Il est anormal en ce qui concerne sa longueur ou sa forme (spiroïde) ou sa situation ;

2° Il est en relation étroite avec un pédicule ou avec la surface dénudée, laissée par l'opération ;

3° Il est le siège d'altérations anatomiques (conformation en massue, en boule, tordu, rétréci, épaissi) ;

4° Il y a de la péri-appendicite superficielle et simple adhérence de la pointe de l'organe avec ou sans arborisations vasculaires de sa surface (Barnsby) (1) ;

5° Il fait partie du contenu d'un sac herniaire ;

6° Sa cavité est oblitérée complètement ou partiellement (corps étrangers, concrétions fécales, etc.) ;

7° Il est le siège de maladies kystiques ;

8° Enfin, si « dans la période d'activité sexuelle, une jeune femme non enceinte ou une jeune fille présente des symptômes d'appendicite, il est d'une sage prophylaxie d'intervenir chirurgicalement le plus tôt possible, afin de prévenir les accidents qui pourraient survenir à l'occasion d'une grossesse future ». (Pinard) (2).

En somme, « *indication discutable de l'appendicectomie systématique au cours de toutes les laparotomies, mais indication formelle de la pratiquer non seulement quand les lésions sont indéniables, mais aussi toutes les fois que l'intégrité de l'appendice paraît suspecte.* »

» L'indication reste la même quand la longueur d'un appendice d'ailleurs sain, ses coutures ou sa disposition paraissent le *prédisposer à l'infection* » (Segond) (3).

b) Mais encore faudra-t-il qu'une condition de première importance soit remplie : *le bon état de l'opérée.*

« Si la laparotomie a été très laborieuse, le chirurgien doit penser tout de même à aller contrôler l'appendice ; mais s'il

(1) Barnsby, thèse Paris, 1898.

(2) Pinard, in Heichnet, *Revue générale de clinique et thérapeutique*, 1917, p. 369-390.

(3) Segond, *loc. cit.*

tarde quelque peu à le découvrir (celui-ci peut être perdu au milieu des anses intestinales), il faut ne pas s'entêter, renoncer à temps à la recherche de l'appendice et terminer au plus vite. La guérison d'une opérée vaut bien un oubli d'appendice. » (Segond).

Au contraire, si l'opérée est en état de supporter facilement les dix minutes supplémentaires nécessaires, faire l'appendicectomie si l'on a conscience que cette intervention est pleinement justifiée par le mauvais état de l'organe.

En résumé, si la question de l'appendicectomie systématique au cours des laparotomies en général est encore très discutée à l'heure actuelle, elle doit l'être moins lorsqu'il s'agit de laparotomies pour affections gynécologiques : le chirurgien doit avoir toujours présente à l'esprit cette notion de « l'appendice, dépendance du territoire gynécologique » ; et même s'il n'est pas partisan de l'appendicectomie systématique, il devra impitoyablement sacrifier un appendice quelque peu suspect.

CHAPITRE VI

Observations.

OBSERVATION IV

Obligeamment communiquée par M. le professeur CHAVANNAZ.

Grossesse extra-utérine et appendicite.

M^{me} X... entre à l'hôpital, le 26 décembre 1927, pour des douleurs abdominales. Alors qu'elle avait un retard de plus d'un mois dans ses règles, elle a été prise brusquement, le 21 décembre, de douleurs commençant dans la région lombaire et s'étendant au bas-ventre, accompagnées de vomissements et de fièvre. Cette crise douloureuse a duré vingt-quatre heures environ. Puis la douleur s'est atténuée d'une façon appréciable, mais comme les mouvements la faisaient revenir, la malade a été obligée de garder le lit depuis le 21 décembre.

Le 3 janvier 1928 est survenue une légère perte de sang coïncidant avec l'époque à laquelle la malade attendait ses règles.

La malade a été réglée à 14 ans régulièrement, ses règles durèrent six jours et ne sont pas douloureuses. Les dernières datent du 8 novembre 1927. Elle n'a jamais eu de pertes de sang entre les règles. Elle est mariée et n'a pas eu de grossesse. Pas de maladies antérieures à signaler, sauf quelques troubles entéritiques.

A l'examen, on trouve que l'état général est satisfaisant. La malade est légèrement anémiée.

Au toucher, on trouve un utérus un peu dévié à droite, en antéversion, et un peu volumineux. Les annexes droites sont douloureuses. A gauche, on note la présence d'une masse annexielle légèrement douloureuse. Le col est dur, l'orifice est punctiforme. Le

ventre est souple. La région appendiculaire est sensible à la palpation. L'examen des seins est négatif : pas de colostrum.

M. le professeur Chavannaz fait le diagnostic de grossesse ectopique gauche avec réserves au sujet d'une appendicite chronique coexistante.

Opération le 12 janvier 1928. — Laparotomie médiane sous-ombilicale.

1° Dès le ventre ouvert, on aperçoit la trompe gauche gravide, elle est enlevée immédiatement, l'ovaire est laissé en place; 2° l'appendice présente des lésions nettes d'appendicite chronique. On pratique l'appendicectomie, puis la fermeture sans drainage. Les suites ont été excellentes.

OBSERVATION V

Professeur VILLAR, 16 novembre 1922, Bordeaux.

Grossesse extra-utérine et appendicite.

Jeune femme entrée à l'hôpital avec le diagnostic d'appendicite. A l'examen, douleur dans la fosse iliaque droite. Contracture de la paroi abdominale. Vomissements, constipation. Au toucher, une masse haut située et plaquée à droite et au-dessus du corps utérin. La malade est mise en observation. A l'occasion d'un toucher pratiqué par un étudiant, état syncopal et mort en un quart d'heure environ.

Autopsie. — Grossesse extra-utérine et appendicite

L'appendice est adhérent à la trompe droite et paraît devoir être incriminé dans la pathogénie de la grossesse ectopique.

OBSERVATION VI

LANDAU, *Lancet*, London, 1922.

Un cas de grossesse ectopique compliquée d'appendicite suppurée.

Le cas suivant est unique à ma connaissance :

Mrs. E. O..., âgée de 40 ans, se plaignait, le 22 janvier 1922, de douleurs dans l'aîne droite, de maux de tête et de toux; elle était

constipée, mais n'avait pas de vomissements. Les dernières règles remontaient à une quinzaine de jours et avaient été normales. La malade avait eu deux grossesses : une normale il y a quinze ans, une fausse couche il y a six ans. L'examen de l'abdomen, au début de la maladie, ne révélait rien d'anormal, la température était de 37°7, le pouls à 84; deux jours plus tard, léger écoulement sanguin venant de l'utérus. Au toucher vaginal, petite masse non douloureuse derrière l'utérus. Les trois jours suivants n'apportèrent aucun changement, sauf une légère ascension thermique, 37°9. Rien par ailleurs. Quand je vis la malade pour la première fois, son état général était bon. Température, 37°7; pouls, 104; langue saburrale et humide; abdomen un peu ballonné, mais souple. Les seins étaient gonflés et donnaient un peu de colostrum. Profondément, dans la fosse iliaque droite, on trouvait une masse sensible se prolongeant dans le petit bassin. Au toucher vaginal, masse dure, sensible, irrégulière, située derrière et sur le côté droit de l'utérus; corps utérin un peu augmenté de volume; col fermé et non ramolli; cul-de-sac gauche libre, un peu de sang restait sur le doigt explorateur. Au toucher rectal, même masse. On fit le diagnostic de grossesse ectopique droite avec des réserves au sujet d'une appendicite possible.

Quelques heures plus tard, laparotomie. On trouvait l'utérus déplacé vers la gauche par la masse droite, qui était recouverte par deux replis de l'intestin grêle. L'intestin fut écarté avec des compresses de gaze et on libéra les adhérences de la masse avec l'intestin. Pendant ces manœuvres, de cette masse se dégagait une puanteur d'odeur fétide; après nettoyage, on découvrit la cause de cette suppuration : l'appendice enfoui dans un abcès collecté derrière et au-dessous de la trompe droite, dont la portion isthmique était de couleur rouge sombre, augmentée de volume, d'un diamètre de près de 2 pouces et occupée par l'œuf.

Les annexes gauches étaient normales.

Appendicectomie. Ablation de la trompe malade. Drainage de l'abcès appendiculaire. Guérison.

OBSERVATION VII

Docteur VENOT, Société de médecine et chirurgie de Bordeaux, 1912.

Appendicite et grossesse extra-utérine.

J'ai opéré récemment, dans mon service, une malade qui avait nettement une histoire d'appendicite chronique ayant depuis deux ans provoqué plusieurs crises aiguës. Elle fut envoyée à l'hôpital à la fin d'une de ses crises. Cette femme avait aussi un col un peu mou, un utérus un peu gros et quelques pertes sanguinolentes, mais comme elle avait eu cinq grossesses assez rapprochées les unes des autres, je n'attribuai pas d'importance à ces quelques symptômes utérins. Je l'opérai de son appendicite, par l'incision de Jala-guier, et je trouvai, après avoir récliné en dedans le bord externe du muscle droit, une coloration noirâtre qui paraissait à travers le péritoine et l'aponévrose.

Après l'ouverture du péritoine, il s'écoula une petite quantité de sang noir, environ un verre à Bordeaux. J'enlevai l'appendice qui était gros, court, avec quelques adhérences lâches et prolongeai ensuite mon incision par en bas, pour avoir plus de jour. Je trouvai alors une trompe droite en train de faire un avortement tubo-abdominal.

En réalité, chez cette malade, manifestement atteinte d'appendicite chronique, les symptômes douloureux qui avaient été mis sur le compte d'une nouvelle crise appendiculaire avaient été uniquement provoqués par l'avortement tubo-abdominal.

Cette erreur de diagnostic qui, je le reconnais, aurait pu être évitée, n'a eu du reste aucune conséquence fâcheuse, puisque par la même incision légèrement agrandie j'ai pu enlever un appendice malade et la trompe gravide.

OBSERVATION VIII

TÉMOIN, de Bourges, in Congrès français de chirurgie, 1903.

Appendicite. Grossesse extra-utérine avec fœtus de deux mois et demi dans la trompe droite. Hémato-salpinx à gauche.

Femme de 22 ans, mariée depuis trois ans, sans enfants, toujours bien réglée; elle n'a jamais été malade, sauf il y a un an, époque à laquelle elle eut une crise violente de coliques à droite, crise ayant duré plusieurs jours, avec vomissements.

Ses deux dernières époques ont été normales, puis abondantes et douloureuses. Le 28 janvier 1903, elle fut prise de douleurs atroces dans le ventre avec ballonnements et vomissements.

On constate surtout des phénomènes d'obstruction intestinale. Il y a deux jours qu'elle n'a pas rendu de gaz; le ventre est très tendu, douloureux partout, les vomissements sont constants, le pouls est rapide, 110-120.

1^{er} février : Les douleurs sont généralisées; le toucher ne révèle rien de particulier et le toucher bi-manuel est impossible. Sous l'influence d'un lavement purgatif, une selle abondante est obtenue; la malade est soulagée. On attend pendant deux jours; l'état est stationnaire, le pouls est meilleur; le 4 février, les symptômes douloureux s'amendent, la douleur semble se localiser à droite où on croit percevoir de la matité dans la région de l'appendice.

Après l'incision du péritoine, on rencontre une masse compacte recouverte d'une couche épaisse d'épiploon qu'il est impossible de disséquer. Sous cette masse, on sent nettement une volumineuse poche fluctuante allant vers l'utérus. On pense à une salpingite purulente allant vers l'utérus, et pour ne pas infecter le péritoine, on décide de l'évacuer séance tenante par le vagin. On ferme la plaie, on fait mettre la malade en position convenable et on incise le cul-de-sac latéral droit. A la grande surprise des assistants, il ne s'échappe que quelques caillots et on constate que la cavité remplie de caillots est énorme. La malade est faible et, craignant une hémorragie, on se contente de cette incision. La malade est replacée dans la première position et après une désinfection complète des mains

et du champ opératoire, on fait une laparotomie médiane. On peut alors se rendre compte, après des difficultés assez grandes de dissection, qu'il s'agit d'un volumineux hémato-salpinx droit, adhérent à l'épiploon qu'on résèque, adhérent aussi à l'appendice qui vient se confondre avec la tumeur et présente un volume extraordinaire. Cette tumeur enlevée, on remarque que le bassin est rempli de sang, que la trompe gauche, du volume du poing, renferme aussi des caillots. On l'enlève, on supprime tout l'épiploon suspect; on termine enfin par l'hystérectomie totale. La plaie abdominale est suturée sans drainage; le drainage est fait par le vagin.

Dans la trompe droite se trouvait un fœtus de deux mois et demi environ. La rupture s'était faite vers le point où l'appendice était adhérent, l'utérus avait 11 centimètres.

La malade a guéri très rapidement et se porte très bien depuis.

OBSERVATION IX

M. TÉMOIN, *in* Congrès français de chirurgie, 1903.

Appendicite. Grossesse extra-utérine à droite avec fœtus de six mois.

Il s'agit d'une femme âgée de 37 ans. Sans jouir d'une excellente santé, elle fut toujours bien réglée. Elle a eu un enfant il y a dix ans. Ses dernières règles datent du 10 juillet 1903.

Il y a six mois, elle fut soignée pour une crise légère, mais bien nette, d'appendicite. Le 19 juillet, elle fut prise subitement de douleurs violentes avec vomissements, douleurs, ballonnements du ventre ayant leur maximum à droite. Les douleurs diminuèrent et la malade alla un peu mieux; mais l'état général ne s'améliorant pas, la malade souffrant de nouveau, elle se décide à une opération.

Le maximum de la douleur est à droite, mais ce qui frappe, c'est la pâleur de la malade, le pouls mauvais et rapide, bien que le ventre ne soit pas douloureux et qu'elle n'ait pas de vomissements.

Opération le 31 juillet. — Incision latérale. Dès que le péritoine est ouvert, du sang noir s'écoule de la cavité abdominale; ce sang remplit tout le petit bassin et s'échappe autour d'une masse fournie par l'appendice et l'épiploon adhérents.

On referme la plaie et l'on fait aussitôt une laparotomie médiane.

Il s'agit bien d'une inondation péritonéale, les anses intestinales baignent dans le sang. On enlève le plus possible de ce liquide épanché.

On refoule les anses intestinales et on trouve alors, derrière l'intestin, un fœtus de six mois environ, du sexe masculin, baignant dans le sang et sorti d'une poche ouverte qui est attenante à la trompe droite. La masse appendiculaire y adhère et celle-ci est enlevée avec l'épiploon. On termine par l'hystérectomie totale.

La trompe formait, par un diverticule, la poche fœtale et était complètement adhérente à l'appendice dont l'extrémité sphacélée présentait au milieu de la masse épiploïque un petit abcès.

Les suites furent simples et la malade guérit très rapidement.

Voilà deux malades qui ont eu une crise d'appendicite, l'une un an, l'autre six mois avant l'opération. Lorsque la deuxième crise éclate, rien ne peut faire penser à une grossesse extra-utérine; le toucher, difficile d'ailleurs, ne fait rien percevoir; elles sont réglées et tout plaide pour une appendicite.

Faut-il voir dans la première crise appendiculaire la cause de la grossesse extra utérine? Il n'est pas impossible que l'appendice ait pu, par son adhérence à la trompe, causer cette localisation.

Il est probable que la deuxième crise a provoqué l'inondation péritonéale en déterminant une congestion intense, une inflammation de l'hémato-salpinx au point d'adhérence et, par suite, la rupture de la poche.

Au point de vue du diagnostic à établir, il n'est pas sans intérêt de rapprocher les deux observations. Chez l'une et chez l'autre malade, nous avons été frappé de la pâleur de la peau, de la petitesse et de la fréquence du pouls, sans qu'il y eût de la température exagérée et sans aucun signe de péritonite.

Il semble qu'il y ait là un caractère spécial qu'il est utile de connaître, car si nous discutons encore pour l'opportunité de l'opération à chaud, aucun de nous n'hésitera à opérer dans un cas de ce genre, et tous nous acceptons la formule du pro-

fesseur Pinard : « Toute grossesse extra-utérine commande l'intervention chirurgicale, à plus forte raison lorsque cette grossesse se complique d'appendicite et d'inondation péritonéale.

» Si le diagnostic pouvait être posé, c'est par la voie abdominale médiane qu'il faudrait intervenir ; elle seule permet de bien voir, de bien décortiquer l'hémato-salpinx et de terminer, dans le cas d'inondation péritonéale et de suppuration appendiculaire, par l'hystérectomie totale. » (docteur Témoin).

OBSERVATIONS X et XI

LEGUEU.

2 cas de grossesse extra-utérine simulant l'appendicite aiguë.

I. — Une première fois, je fus appelé en ville auprès d'une malade de 48 ans, qui trois jours avant, en portant un fardeau, avait ressenti à droite une douleur extrêmement vive, syncopale, qui s'accrut rapidement dans la nuit suivante. En même temps, le ventre se ballonnait, la constipation devenait absolue, et la température s'élevait. Aussi, lorsque je la vis le surlendemain, en présence de la localisation douloureuse à droite, je pensai à une appendicite et j'opérai la malade le lendemain. J'incisai dans la fosse iliaque droite et reconnus tout de suite l'épanchement de sang qui me força à rectifier mon diagnostic. J'allai à la recherche des trompes. C'était la trompe gauche qui était rompue. J'eus quelque peine à terminer l'opération par l'incision que j'avais faite à droite, mais j'étais dans des conditions défectueuses de milieu et je voulais éviter, si possible, la complication d'une incision supplémentaire. J'y parvins et la malade guérit rapidement.

II. — Une autre fois, la même année, bien qu'instruit par ce cas, je suis retombé dans la même erreur et dans des conditions à peu près identiques. Une femme de 22 ans avait été prise la veille brusquement d'une douleur tellement vive à droite, qu'elle dut quitter son travail ; presque aussitôt, elle fut prise de vomissements, de syncope. Elle ne fut cependant amenée que le lendemain à l'Hôpital

de la Charité, où je la vis deux heures après son arrivée. Elle avait à ce moment une température de 38 degrés, le pouls à 130; elle souffrait dans tout le ventre, mais plus spécialement à droite; elle n'avait pas eu de retard de règles, elle ne perdait pas actuellement. Je crus à une appendicite et j'incisai à droite, et aussitôt je reconnus l'erreur : il y avait du sang jusque dans l'abdomen. J'explorai la trompe droite qui me parut saine; j'allais atteindre la trompe gauche, mais j'eus cette fois quelques difficultés à l'atteindre et je dus faire une laparotomie médiane. La trompe gauche était rompue près de son milieu et il y avait dans le ventre 1 litre, 1 lit. 1/2 de sang. Après l'avoir épongé et enlevé la trompe, je refermai le ventre et la malade guérit.

OBSERVATION XII

SILHOL, *Marseille médical*, 1905.

Appendicite présentant des symptômes de grossesse extra-utérine.

Le 24 octobre, on me présente une malade qui n'a plus été réglée depuis le mois de juillet et qui souffre de violentes douleurs abdominales.

Déjà il y a trois semaines, elle a eu quelques douleurs au niveau du rein et du bas-ventre; elle a eu des nausées et des vomissements et a perdu un peu de sang clair. Plusieurs confrères l'ont examinée à ce moment; ils ont conclu à une grossesse de trois mois et demi, et craignant un avortement, ont fait appliquer des cataplasmes chauds et administrer des lavements laudanisés. Les douleurs se calmèrent momentanément.

Depuis deux jours, les douleurs ont repris très violentes, commençant par les reins, finissant au bas-ventre.

Les seins de la malade sont gonflés, avec aréole pigmentée. Il s'écoule un peu de colostrum, dit l'observation. Quelqu'un me signale que le fond de l'utérus est au voisinage de l'ombilic : c'est une femme enceinte!

Les douleurs sont très vives, état syncopal, pouls très petit, sueurs froides, température, 38 degrés.

Au palper, je fus surpris de ne trouver nulle part le fond de l'utérus. Le toucher est douloureux, l'utérus est plutôt petit, le fond n'est pas senti exactement à cause de la sensibilité extrême de la malade. Le cul-de-sac postérieur est douloureux ; on sent des nodosités à orientation transversale parfaitement mobiles.

Le cas était embarrassant : signes de grossesse, utérus petit, cul-de-sac postérieur douloureux contenant de petits corps mobiles. Il y avait de fortes présomptions en faveur de la grossesse extra-utérine ; il est rare même qu'on ait autant de raisons d'y croire.

Après avoir fait surveiller la malade par les externes du service pendant la nuit, je me décidai le lendemain à faire une laparotomie exploratrice ; mon impression était : grossesse extra-utérine en train d'avorter, étant donnés les symptômes de travail que la malade présentait nettement, ou bien une inconnue que je ne pouvais diagnostiquer ; j'admettais plutôt la possibilité d'une laparotomie blanche.

A l'ouverture du ventre, annexes et utérus parfaitement sains, utérus particulièrement petit, infantile ; aucune lésion au petit bassin, mais appendicite. L'appendice, long, plongeait dans le petit bassin et se mettait en rapport avec les annexes elles-mêmes dans le cul-de-sac postérieur (c'est tout ceci qui avait donné l'illusion de parties fœtales). Cet appendice était vascularisé et il y avait autour de lui quelques adhérences molles ; j'en fis la résection.

Guérison sans drainage. A partir de l'opération et bien que rien n'ait été fait aux annexes, la malade n'a plus présenté aucun trouble et les règles ont reparu pendant qu'elle était en convalescence à Salvator.

En résumé, cette femme a eu des phénomènes de congestion génitale avec arrêt des règles pendant trois mois. A l'opération, elle n'avait rien autre qu'une inflammation subaiguë d'un appendice ectopique en rapport avec les annexes droites. Depuis l'ablation de l'appendice, les douleurs ont cessé et la malade a eu ses règles.

Je ne sais pas jusqu'à quel point il serait avantageux de fouiller le mécanisme de cette mise en scène. Il me paraît admissible que l'appendice enflammé, au contact de ces annexes, ait pu provoquer ces phénomènes de grossesse. Comme il s'agissait vraisemblablement

d'appendicite chronique, qui est si fréquente, j'ai cherché dans l'histoire antérieure de la malade s'il y avait quelque chose. Il y a deux mois, elle avait déjà eu une crise plus légère avec douleurs au-dessous de l'ombilic, irradiant dans le rein et dans le ventre, avec suspension des règles; c'est le seul épisode antérieur.

CONCLUSIONS

1° L'appendicite, sous ses différentes formes, peut exister au cours d'une grossesse extra-utérine, aussi bien qu'au cours d'une grossesse normale.

2° La grossesse ectopique peut être mise en cause, soit dans l'éclosion d'une appendicite latente, soit dans son aggravation.

3° Réciproquement, l'appendicite peut être quelquefois invoquée dans la pathogénie d'une grossesse ectopique, et elle en constitue une complication sérieuse par l'infection possible du kyste fœtal ou de l'hématocèle.

4° L'appendicite peut simuler une grossesse extra-utérine, mais, le plus souvent, c'est la grossesse extra-utérine qui prendra le masque d'une appendicite.

5° Le diagnostic de leur coexistence est très difficile à poser et a rarement été fait. Celle-ci est le plus souvent une surprise au cours de l'intervention chirurgicale.

6° Le diagnostic en cas de coexistence est grave si le diagnostic n'a pas abouti au traitement chirurgical d'urgence.

7° Le traitement consiste à intervenir le plus tôt possible.

Après une laparotomie sous-ombilicale médiane, le chirurgien aura à modifier sa technique suivant les différents cas.

8° Au cours de toute laparotomie, et surtout pour affection gynécologique, il est indiqué d'explorer l'appendice et de l'extirper s'il est malade, à condition toutefois de ne pas augmenter sensiblement la durée de l'acte opératoire dans les cas graves (inondation péritonéale).

VU, BON A IMPRIMER :

VU : *Le Doyen,*

Le Président,

C. SIGALAS.

J. GUYOT.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :

Bordeaux, le 16 juillet 1928.

Le Recteur de l'Académie,

F. DUMAS.

BIBLIOGRAPHIE

- AGUINET. — Erreurs de diagnostic entre l'appendicite et la grossesse extra-utérine ou l'hématocèle. Thèse Paris, 1903, p. 54.
- BARNSBY. — Appendicite et annexite. Thèse Paris, 1898.
- CATHOMAS et GASBARRINI. — Société de chirurgie, 1902.
- CELOS. — Diagnostic d'urgence chez l'adulte des maladies de l'abdomen se traduisant par le syndrome péri-abdominal. Thèse Paris, 1902.
- COYNE et BOURSIER. — *Revue mensuelle de gynécologie, obst., pédia. de Bordeaux*, 1900, p. 35.
- DEAVER. — Rapport de l'appendicite avec les affections des annexes et la grossesse. *Medical News*, 1897.
- DUVERGEY. — Société obst., gyn., pédiat. de Bordeaux. Séance du 14 novembre 1911.
- FESQ. — Appendicite et grossesse extra-utérine (diagnostic différentiel). Thèse Paris, 1912.
- FRAENKEL. — L'appendicite dans ses rapports avec les maladies des organes génitaux de la femme. *La Gynécologie*, 1902, p. 69, ou *Centralblatt. f. Chirurgie*, 5 octobre 1901, n° 40.
- HEICHNET. — Influence de la grossesse sur l'appendice. Appendicite et grossesse extra-utérine. *Revue générale de clinique et thérapeutique*, 1917, p. 369-390.
- HOFFMAN. — *Centralblatt. für Chirurgie*, 1900, p. 533.
- LEGUEU. — Appendicite et grossesse extra-utérine (diagnostic différentiel). *Bulletins et mémoires de la Société de chirurgie de Paris*, 1902, p. 923.
- De l'appendice en gynécologie. *La Gynécologie*, mars 1911.
- LOUAINTEUR. — Appendicite et grossesse extra-utérine (coexistence). Thèse Paris, 1923.

- MAUCLAIRE. — Coexistence de la grossesse tubaire avec l'appendicite. La périsigmoïdite et l'épiploïte pelvienne. *Gazette des hôpitaux*, Paris, n° 26, 31 mars 1926.
- PINARD. — Rapports de l'appendicite et de la grossesse. *Revue de chirurgie*, 1900.
- PELLÉT. — Appendicite et grossesse extra-utérine (coexistence). Thèse Lyon, 1908.
- SEGOND. — Appendice et maladies des annexes. *Annales de gyn., obst.*, 1909, p. 590.
- SEGOND et PINARD. — Traitement de l'appendicite au cours de la grossesse. *Bulletin médical*, octobre 1898.
- SILHOL. — Appendicite prise pour une grossesse extra-utérine. *Marseille médical*, 1905.
- TÉMOIN. — Appendicite et grossesse extra-utérine. Congrès français de chirurgie, 1903.
- TUSSAU et BLANC. — Appendicite et grossesse tubaire. *Bulletins et mémoires des chirurgiens de Paris*, séance du 1^{er} mai 1925.
- VENOT. — Appendicite et grossesse extra-utérine. *Bulletins et mémoires de la Société de médecine et de chirurgie de Bordeaux*, 1912.
- WÄGGELI et BEUTTNER. — *Revue obst., gynécologie*, juillet-décembre 1923, t. VIII, p. 621-623.

Traité classiques.

- SEGOND, in DUPLAY et RECLUS. — Traité de gynécologie, 1892.
- POZZI. — Traité de gynécologie, 1907.
- FAURE (J.-L.) et SIREDEY. — Traité médico-chirurgical de gynécologie.
- LABADIE-LAGRAVE et LEGUEU. — Traité de gynécologie.

